1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 769736

CONTRATO No. 19007952024 Del 11/09/2024 **SEDE O REGIONAL**: Cauca

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 11/09/2024 HASTA: 15/12/2024

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **MARIA SALOME RAMIREZ NARVAEZ**

No. Documento de identificación: **1,085,283,171** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **9474864947- 9476544293** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **2 / 3** Mes de Pago: **OCTUBRE** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

Tipo Informe: **Vigencia actual** Vigencia Futura: **NO** Número de Pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**14,776,535.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**4,546,626.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**6,819,939.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**7,956,596.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 395724 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-9-704080-4602022-02	27	**4,546,626.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**113,666.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**145,492.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC, SEGURO PENSIÓN U OTROS (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**9,493.00**

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
11. LAS DEMÁS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD SOMOS FAMILIA, SOMOS COMUNIDAD Y SUS ANEXOS	Se han atendido todas las actividades asignadas por el supervisor, respondiendo con prontitud y compromiso a cada requerimiento adicional, a fin de asegurar el cumplimiento integral de los objetivos y contribuir al éxito del programa en el territorio.
1. ELABORAR EL PLAN DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO DE LAS FAMILIAS VINCULADAS A LA MODALIDAD.	Se realizó la elaboración del Plan de Trabajo de la UAF con el objetivo de presentar todas las actividades que en el marco de la Modalidad se realizarían en territorio. Además, se presentaron a la Líder Territorial las alertas de modificación del plan de trabajo acorde a las dinámicas encontradas en territorio y los retrasos logísticos que se han tenido para la entrega de los insumos para el desarrollo de los Encuentros comunitarios por parte del ICBF.
2. DILIGENCIAR LOS INSTRUMENTOS ASOCIADOS A LAS ACTIVIDADES Y PROPÓSITOS DEL ÁMBITO COMUNITARIO, DE ACUERDO CON EL MANUAL OPERATIVO Y SUS ANEXOS.	Para el mes de octubre de acuerdo a los lineamientos otorgados por la Modalidad se desarrollaron los formatos; Lectura del territorio, acorde al formato de la Iniciativa Comunitaria, este capitulo permitió identificar las variables del territorio y las potencialidades para la formulación de la iniciativa. Se realizó el diligenciamiento del Formato de Planeación del Encuentro, con el objetivo de registrar todas las actividades y momentos de acuerdo al objetivo del primer encuentro comunitario. Se realizó el diligenciamiento del Formato Matriz de Oferta este con el objetivo de identificar la oferta institucional que tiene el municipio para la socialización a las Familias beneficiarias de la Modalidad.
3. APOYAR LOS PROCESOS DE MAPEO Y RECONOCIMIENTO TERRITORIAL CON LAS FAMILIAS Y LA UNIDAD MEDIANTE METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS Y UTILIZAR ESTA INFORMACIÓN COMO INSUMO PARA EL DESARROLLO DE LOS ENCUENTROS E INICIATIVAS COMUNITARIAS.	Se realizaron para el mes de octubre reuniones periódicas con el equipo de la UAF con el objetivo de llevar a cabo el reconcomiendo de las familias y su entorno, permitir identificar las realidades y necedades de las familias beneficiarias a la Modalidad con el fin de poderles llevar la oferta territorial. Además, se realizó el diligenciamiento de los formatos de mapeo de oferta con el objetivo de poder realizar el reconocimiento territorial.

4. IMPLEMENTAR METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS EN LO CONCERNIENTE CON LOS COMPONENTES Y CON LAS FORMAS DE ATENCIÓN, CON UN ENFOQUE COMUNITARIO Y SOCIAL, EN EL MARCO DE LOS PARÁMETROS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS PLANTEADOS POR EL ICBF Y REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LOS PROCESOS FORMATIVOS GRUPALES DESDE EL ENFOQUE SOCIAL, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD Y SUS ANEXOS.	En el mes de octubre, se participó en la asistencia técnica enfocada en la creación de una metodología para el encuentro comunitario. Este espacio, de naturaleza participativa, tuvo como objetivo realizar una lectura integral del territorio junto a las familias beneficiarias de la modalidad, promoviendo un intercambio que enriqueció la comprensión sobre el contexto y las necesidades de las familias.
5. ELABORAR LA GUÍA DE OFERTA TERRITORIAL, QUE COMPRENDE EL MAPEO DE ENTIDADES, ACTORES, INICIATIVAS Y ESPACIOS DE INCIDENCIA, QUE CONTEMPLE LA OFERTA SOCIAL Y PRIVADA EXISTENTE PARA LAS FAMILIAS EN LOS MUNICIPIOS A CARGO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y CONSIDERACIONES OPERATIVAS.	Se desarrolló, en coordinación con las distintas dependencias de la entidad territorial, un mapeo de oferta de servicios con el fin de beneficiar a los niños, niñas y adolescentes de las familias vinculadas a la modalidad.
6. APOYAR EN LAS FAMILIAS EL PROCESO DE RECONOCIMIENTO DE OFERTA, ACTIVACIÓN DE RUTAS Y FORTALECIMIENTO DE REDES, DESDE EL RECONOCIMIENTO DE ACTORES CIVILES Y COMUNITARIOS PRESENTES EN LOS MUNICIPIOS ATENDIDOS.	Se brindó acompañamiento a las familias en el proceso de reconocimiento y vinculación a la oferta institucional, así como en la identificación y seguimiento de rutas de fortalecimiento, con el propósito de facilitar su acceso a servicios y oportunidades que contribuyan a su desarrollo integral.
7. PARTICIPAR DE MANERA CONJUNTA EN EL DESARROLLO DE LAS DEMÁS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DEFINIDAS PARA EL EQUIPO DE UNIDAD DE TEJIDO FAMILIAR Y COMUNITARIO DEL QUE HACE PARTE.	Se ha participado de manera continua en todas las actividades definidas por el equipo, asistiendo a las reuniones de asistencia técnica y a los espacios de planeación con la UAF. Estas actividades han tenido el propósito de asegurar la alineación estratégica y operativa en territorio, fortaleciendo la coherencia en el trabajo con las familias beneficiarias.
8. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE ASISTENCIA TÉCNICA Y EN DEMÁS REUNIONES CONVOCADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.	Se ha cumplido con la obligación de participar activamente en las asistencias técnicas, contribuyendo al desarrollo de estrategias y fortalecimiento de capacidades en el equipo, con el fin de optimizar la implementación de la modalidad en el territorio.

9. GUARDAR ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD RESPECTO DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y AQUELLA DE TERCEROS A LA QUE TENGA ACCESO EN EL MARCO DE LA GESTIÓN CONTRATADA. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN ES CALIFICADO POR LAS PARTES QUE FIRMAN ESTE CONTRATO COMO GRAVE Y DARÁ LUGAR A LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD DEL CONTRATO DE ACUERDO CON EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN LA LEY.	Se ha mantenido un manejo estricto y confidencial de la información, aplicando medidas de resguardo para asegurar su protección y garantizar la privacidad de los datos de las familias beneficiarias, en cumplimiento con las normativas establecidas.
10. CONTAR CON LOS ELEMENTOS Y HERRAMIENTAS PROPIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS TALES COMO EQUIPO DE CÓMPUTO, EQUIPO TELEFÓNICO, PLANES DE DATOS Y COMUNICACIÓN, ENTRE OTROS, SIN PERJUICIO DE QUE EL ICBF PUEDA ASIGNARLOS EN CASO DE CONSIDERARLO NECESARIO O RELEVANTE PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN DEL PROCESO.	A pesar de las dificultades del ICBF para proporcionar los elementos necesarios, se han gestionado los recursos y apoyos logísticos para asegurar el desarrollo exitoso de los encuentros comunitarios. Como contratistas, se ha facilitado la logística y disposición de herramientas necesarias para cumplir con los objetivos de cada actividad programada.

CERTIFICACION JURAMENTADA

Como Contratista del ICBF y para dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato 19007952024 DEL 2024.



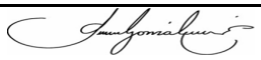
Firma del Contratista:_____

C.C No.: 1.085.283.171

CERTIFICACION SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, así mismo, con el fin de dar cumplimiento a la Circular Única No. 1 del 22 de agosto de 2019 de Colombia Compra Eficiente y a los principios de transparencias propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP II de los informes de supervisión ya aprobados, razón por la cual autorizo el pago por valor de cuatro millones quinientos cuarenta y seis mil seiscientos veintiseis pesos m/cte.,($ 4,546,626.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
OSWALDO JAIR GONZALEZ CERON	COORDINADOR	CENTRO ZONAL INDIGENA	

Revisó: SANDRA R BERNAL B

Silvia , 29/10/2024

Documento de cobro No ***2***

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Nit. No.899.999.239-2

DEBE A:

MARIA SALOME RAMIREZ NARVAEZ
NIT. No. 1085283171-5

La suma de ***cuatro millones quinientos cuarenta y seis mil seiscientos veintiseis pesos M/cte****.* ***($4.546.626****), por concepto de Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión para la operación de la modalidad "Somos Familia, Somos Comunidad" conforme a los documentos técnicos y enfoque determinado por el ICBF. Dirección Regional Cauca., del contrato* ***N° 19007952024*** *del año 2024.*

Consignar a la cuenta número 87935043865 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/10/2024	31/10/2024

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 7490

	CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE:	SI/NO
1	*Soy residente en Colombia de conformidad con el Articulo 10 del Estatuto Tributario.*	*SI*
2	*El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y he optado por restar costos o gastos asociados al presente contrato.* *Si - Aplica retención por Honorarios/Servicios(11% o 6%, 4%) y soportar costos y gastos – contratos diferentes a Prestación de Servicios Personales* *No - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (renta exenta 25%)*	*NO*
3	*Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, $ 59.376.800,00)*	*NO*
4	*• He celebrado en el año inmediatamente anterior o en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT ($ 148.442.000,00 - 2023) ($ 164.727.500,00 - 2024) con el sector privado o 4.000 UVT ($ 169.648.000,00 - 2023) ($ 188.260.000,00 - 2024) con el Estado*	*NO*
	• Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, igual o superior a 3.500 UVT ($ 148.442.000,00 - 2023) ($ 164.727.500,00 - 2024) o que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o supérior a 4.000 UVT ($ 188.260.000,00 - 2024) ($ 169.648.000,00 - 2023)	*NO*
5	*De acuerdo con el parágrafo 3 del art. 383 del estatuto tributario, solicito me practiquen una retención superior a la determinada, la cual será del:*	*0,00 %*
6	• ***PAGO MES ANTICIPADO DE SEGURIDAD SOCIAL:*** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con* ***los ingresos recibidos con la presente cuenta de cobro****, en los términos del artículo 244 de la ley 1955 de 2019, en concordancia con el parágrafo 2 artículo 108 del ET y articulo 1.2.4.1.16 del DUT como consta en el soporte adjunto. (****Pago anticipado de seguridad social, aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta****)*	*SI*
	• ***PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:*** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con* ***los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta)***	*NO*

Cordialmente,

MARIA SALOME RAMIREZ NARVAEZ

C.C.: ***1085283171***
Dirección: ***CL 48 N NORTE 1 9 126***
Celular: ***3188547024***
Correo Electrónico: ***gemariaramirez@gmail.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085283171		RAMIREZ NARVAEZ MARIA SALOME	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 9 CALLE 8 9	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	996051761	9474864947	I	2024/11/20	2024/10/21	BANCOLOMBIA		$556,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1085283171	RAMIREZ NARVAEZ MARIA SALOME																		230201	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,800,000	$43,900	0	$0	$0	No	$556,900
Total	**Afiliados(1)**																						$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$43,900		$0	$0		$556,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085283171		RAMIREZ NARVAEZ MARIA SALOME	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 9 CALLE 8 9	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	996051761	9474864947	I	2024/11/20	2024/10/21	BANCOLOMBIA		$556,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$288,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$288,000	$0	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,900	$0	$43,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$43,900	$0	$43,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0	$225,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$225,000	$0	$225,000
TOTAL				1	$556,900	$0	$556,900

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	190.84.88.99
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9474864947
Valor:	556,900
Período de pago:	2024-10
No Transacción (CUS):	996051761
Fecha:	2024/10/21
Banco:	BANCOLOMBIA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2024 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085283171		RAMIREZ NARVAEZ MARIA SALOME	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 9 CALLE 8 9	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1012875010	9476544293	N	2024/11/20	2024/10/30	BANCOLOMBIA		$5,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1085283171	RAMIREZ NARVAEZ MARIA SALOME								A				▫						230201	30	($1,800,000)	($288,000)	EPS005	30	($1,800,000)	($225,000)		0	$0	$0	14-23	30	($1,800,000)	($43,900)	0	$0	$0	No	($556,900)
2	CC	1085283171	RAMIREZ NARVAEZ MARIA SALOME								C										230201	30	$1,818,651	$291,000	EPS005	30	$1,818,651	$227,400		0	$0	$0	14-23	30	$1,818,651	$44,400	0	$0	$0	No	$562,800
Total	**Afiliados(1)**																						$18,651	$3,000			$18,651	$2,400			$0	$0			$18,651	$500		$0	$0		$5,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085283171		RAMIREZ NARVAEZ MARIA SALOME	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 9 CALLE 8 9	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1012875010	9476544293	N	2024/11/20	2024/10/30	BANCOLOMBIA		$5,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,000	$0	$3,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$3,000	$0	$3,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$500	$0	$500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$500	$0	$500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,400	$0	$2,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$2,400	$0	$2,400
TOTAL				**1**	**$5,900**	**$0**	**$5,900**

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	190.84.88.99
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9476544293
Valor:	5,900
Período de pago:	2024-10
No Transacción (CUS):	1012875010
Fecha:	2024/10/30
Banco:	BANCOLOMBIA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2024 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.